



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

365 Tage SwissDRG: Anreize, Instrumente, Wirkungen

Gächter, Thomas ; Leu, Agnes ; Elger, Bernice

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-78586>

Journal Article

Originally published at:

Gächter, Thomas; Leu, Agnes; Elger, Bernice (2013). 365 Tage SwissDRG: Anreize, Instrumente, Wirkungen. *hill - Zeitschrift für Recht und Gesundheit*:online.

Dokument	hill 2013 Nr. 95
Autor	Agnes Leu, Thomas Gächter, Bernice S. Elger
Titel	365 Tage SwissDRG - Anreize, Instrumente, Wirkungen
Publikation	hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit
Herausgeber	Ghislaine Frésard-Fellay, Thomas Gächter, Ueli Kieser, Agnes Leu, Tomas Poledna, Bernhard Rütsche, Daniel Staffelbach
Verlag	Schulthess Juristische Medien AG

365 Tage SwissDRG - Anreize, Instrumente, Wirkungen

Agnes Leu* und Thomas Gächter* und Bernice S. Elger*

"Blutige Entlassungen", Patientenselektion, Rosinenpickerei, Verschlechterung der Qualität, Rationierung der Leistungen, usw. - mit einer ersten, im vergangenen Jahr durchgeführten qualitativen Befragung unterschiedlicher Expertinnen und Experten bzw. Spitalverantwortlichen wird untersucht, ob sich diese Schreckgespenster im ersten Jahr nach Einführung des auf SwissDRG beruhenden Tarifsystems gezeigt haben oder zu zeigen beginnen. Zudem wird der Frage nachgegangen, inwiefern die gesetzgeberischen Instrumente zur Vermeidung negativer Anreize für die Spitäler Wirkung zeigen (Aufnahmepflicht, Akut- und Übergangspflege).

A. Einleitung¹

1. Ausgangslage

- 1 Die Einführung leistungsbezogener Spitaltarife bildete einen zentralen Punkt des Bundesgesetzes vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung.² Namentlich wurden die Vertragsparteien verpflichtet, für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder in einem Geburtshaus Pauschalen zu vereinbaren (Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG),³ die

¹ Wir danken dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) für die Unterstützung des Gesamtprojekts (siehe Fn. 14) und den 43 Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für ihre Zeit. Ohne ihre Mitwirkung hätte der Beitrag nicht entstehen können.

² AS 2008 2049; BBl 2004 5551, 5569 f.

³ Art. 49 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) in der Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517).

leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Die tarifwirksame Einführung der Fallgruppen (SwissDRG) erfolgte gemäss der entsprechenden Übergangsbestimmung am 1. Januar 2012.⁴

- 2 Das neue Tarifsystem baut auf der Tarifstruktur von SwissDRG auf und ordnet jeden Spitalaufenthalt eines Patienten unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungen) einer Fallgruppe (Diagnosis Related Group, DRG) zu. Jeder *Fallgruppe* ist dabei ein Kostengewicht, d.h. ein relativer Wert zugeordnet. Dieser Wert entspricht dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe und wird in der Regel jährlich gestützt auf aktualisierte Daten ausgewählter, repräsentativer Referenzspitäler neu berechnet.⁵ Die Entschädigung eines Spitals für eine stationäre Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des betreffenden, schweizweit identischen Fallgruppen-Kostengewichts mit der für das Spital geltenden *Baserate*. Die Baserate (im KVG als Tarif bezeichnet) ist unterschiedlich hoch und wird zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vereinbart⁶ bzw. subsidiär von der Kantonsregierung festgelegt.⁷
- 3 Neben der Einführung der Fallpauschalen verfolgte der Gesetzgeber mit der Teilrevision des KVG zur Spitalfinanzierung weitere Ziele:⁸ Es sollte ein Spitalinnenmarkt mit freier Spitalwahl geschaffen, die unternehmerische Freiheit für die Spitäler gewährleistet, mit Preisen statt Kostendeckung gerechnet sowie die Qualität gewährleistet werden.
- 4 Die Revision eröffnet damit insgesamt neue Chancen für das schweizerische Gesundheitswesen, birgt aber auch Risiken. Namentlich können vulnerable Patientengruppen durch die Systemänderungen insgesamt unter verstärkten Druck geraten. Zu diesen Patientengruppen, die aufgrund sozialer oder gesundheitsbedingter Faktoren längere oder aufwändigere Behandlungen benötigen als andere, zählen insbesondere ältere Menschen⁹, Kinder (v.a. Neugeborene)¹⁰, Personen mit vielschichtigen Behandlungssymptomen¹¹ und Menschen ohne soziales Netz wie

⁴ Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), Abs. 1.

⁵ Vgl. z.B. http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Wichtige_Begriffe.asp?navid=14.

⁶ Art. 49 Abs. 1 KVG.

⁷ Art. 47 KVG. Zum Vorangehenden sowie insbesondere auch zur Problematik provisorischer Tariffestsetzungen bei fehlendem Tarif (d.h. fehlender Vereinbarung über die gültige Baserate) Tremp D, Stationäre Spitaltarife 2012: Eine Herausforderung für die Spitalwelt. Streiflichter auf das Tarifierungs- und Tariffestsetzungsverfahren nach revidiertem KVG zur Spitalfinanzierung. *Jusletter* vom 28. Januar 2013.

⁸ Vgl. BBl 2004 5551, 5564.

⁹ Lim SC, Doshi V, Castasus B, Lim JK, Mamun K. Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Ann Acad Med Singapore* 2006;35(1):27-32; Goldberg SC, Estes CL, Medicare DRGs and post-hospital care for the elderly: does out of the hospital mean out of luck? *J Appl Gerontol* 1990;9(1):20-35; Tobbe B., DRGs, the elderly, and Medicare: a triangle of ethical dilemmas. *Plast Surg Nurs* 1989;9(4):166-7. 1989; Meiners MR, Coffey RM, Hospital DRGs and the need for long-term care services: an empirical analysis. *Health Serv Res* 1985;20(3):359-84.

¹⁰ Muldoon JH. Structure and performance of different DRG classification systems for neonatal medicine. *Pediatrics*. 1999;103(1 Suppl E):302-18; Phelan P, Baxter K, Bishop J, Hindle D, Catchlove B. Diagnosis related groups, refined diagnosis related groups and pediatric modified diagnosis related groups in specialist children's hospitals. *Aust Health Rev* 1990;13(3):163-81; Lichtig et al., 1989.

¹¹ Glynn KP, Diagnosis-related group system. Can we still earn a living caring for sick people? *Physician Exec*. 1996;22(8):16-8.

beispielsweise Drogenabhängige und Häftlinge¹². Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass durch das einheitliche Klassifikationssystem der Fallpauschale auch weitere Bevölkerungsgruppen an den Rand der Gesellschaft bzw. des Gesundheitswesens gedrängt werden.¹³

2. Projekt und Fragestellung

- 5 Im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) geförderten Sinergia-Teilprojekts "DRGs in Switzerland: critical analysis of the legal aspects and their perception by experts and hospital managers"¹⁴ wird derzeit u.a. untersucht, ob und wie die mit der schweizweiten Einführung der Fallpauschalen verbundenen Änderungen die Haltung von Spitalverantwortlichen und Expertinnen und Experten im Spitalbereich beeinflussen. Spitalverantwortliche tragen Verantwortung in Zusammenhang mit den erbrachten Gesundheitsleistungen für Patientinnen und Patienten, weshalb die Kenntnis ihrer Handlungsweise sowie ihrer Wahrnehmung und Umsetzung der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen einen wichtigen Beitrag dazu leistet, allfällige durch die Fallpauschalen bedingte Veränderungen frühzeitig zu erkennen.
- 6 Von Februar bis August 2012 wurden im Rahmen dieses Forschungsprojekts 43 qualitative, semistrukturierte Experteninterviews in 40 Schweizer Spitälern durchgeführt, wobei alle Versorgungsniveaus und sämtliche Kantone berücksichtigt wurden.¹⁵
- 7 Im Folgenden stellen wir die veränderte Rechtslage sowie eine erste Analyse der genannten Experteninterviews vor. Im Zentrum steht die Frage, ob der Systemwechsel bereits auf die Handlungsweisen und Haltungen der Befragten zurückwirkt und ob sich gewisse Tendenzen erkennen lassen.
- 8 Quantitative Untersuchungen wurden im Rahmen der Studie keine durchgeführt. Entsprechende Erhebungen werden jedoch im Rahmen weiterer Subprojekte des erwähnten SNF-Sinergia-Gesamtprojekts¹⁶ vorgenommen oder bilden Gegenstand weiterer Begleitforschung zur Einführung von DRG.¹⁷

3. Weitere Veränderungen

- 9 Die laufende DRG-Begleitforschung wird dadurch erschwert, dass gleichzeitig mit der Einführung von SwissDRG (und thematisch eng damit verflochten) ein neues Spitalfinanzierungsmodell in Kraft getreten ist: Mit der Einführung des dual-fixen

12 Castiel D, Brechat PH, Social deprivation and public hospital: for a social DRG. *Presse Med* 2009;38(1):142-5; Frappier A, Vigneault L, Paquet S. Mentally ill and criminalized: testimony of a dual marginalization. *Sante Ment Que.* 2009;34(2):21-30; Castiel D, Brechat PH, Grenouilleau MC. Disadvantaged patients in public hospitals: need for additional funding. *Presse Med* 2007;36(2 Pt 1):187-8; McMahon SM. The efficiency of inpatient medical care in a hospital secure unit. *Med Care* 1985;23(10):1139-47. Zu den Gründen für die Verteuerung der Spitalbehandlungen dieser marginalen Gruppe vgl. auch Elger B, Gächter T. DRG und die Gesundheitsversorgung marginaler Gruppen, in: Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hrsg.), *DRG und Ethik, Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen*, Basel 2010.

13 Vgl. Elger B, Gächter T (Fn. 12): 72.

14 Das polydisziplinäre Gesamtprojekt trägt den Titel "Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice: an interdisciplinary approach" (Projektnummer 132786) und läuft vom 1. Januar 2011 bis am 31. Dezember 2013.

15 Befragte Interviewpartner (purposive sampling) nach Spitalfunktion: Direktoren (32), Verantwortliche Qualitätsmanagement, Dienstleistungen, Recht, Unternehmensentwicklung (5), Verantwortliche DRG, Codierung (1), Verantwortliche Administration, Finanzen, Medizincontrolling (5). Spitäler nach Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie/rechtlich-wirtschaftlichem Status: Universitätsspitäler und Universitäre Kinderspitäler (7), Zentrumsversorgung (19), Grundversorgung (9), Privatkliniken (5). Berücksichtigung der Sprachregionen: Welsche und italienische Schweiz (11 Interviews), Deutschschweiz (32 Interviews).

16 Siehe Fn. 14.

17 Nähere Angaben zu den laufend erscheinenden Resultate des Gesamtprojekts finden sich unter www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html.

Finanzierungssystems, das auf Leistungs- und nicht (mehr) auf Objektfinanzierung ausgerichtet ist,¹⁸ werden zahlreiche Strukturanpassungen einhergehen. Viele Veränderungen, die sich derzeit im schweizerischen Gesundheitssystem abzeichnen, stehen damit im Zusammenhang mit der Veränderung der Gesamtfinanzierung des Systems und nicht nur mit dem Finanzierungssystem SwissDRG als solchem.

- 10 Seit dem 1. Januar 2012 sind die Kantone insbesondere verpflichtet, sämtlichen (öffentlichen und privaten) Spitälern auf der Spitalliste ihren kantonalen Anteil an den medizinischen Behandlungen der Patienten zu bezahlen. Im früheren System erstreckte sich diese kantonale Pflicht nur auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler,¹⁹ was eine faktische Objektfinanzierung dieser Spitäler durch die öffentliche Hand zur Folge hatte. Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde zudem ein neuer Kostenteiler zwischen Kantonen und Krankenversicherungen festgelegt: neu übernehmen die Kantone mindestens 55 Prozent der Kosten,²⁰ die Krankenversicherungen höchstens 45 Prozent (sog. dual-fixe Abgeltung). Es ist davon auszugehen, dass dieser Systemwechsel eher grössere - wenn auch teilweise anders gelagerte - Auswirkungen auf die schweizerische Spitallandschaft haben dürfte als die Einführung der Fallpauschalen.
- 11 Neu ist weiter, dass die auf die Listenspitäler des Wohnkantons begrenzte Spitalwahl - zumindest im Grundsatz - auf die Listenspitäler aller Kantone ausgedehnt wurde²¹ und die Vergütungspflicht bei stationärer Behandlung in einem Listenspital nicht nur den Versicherer, sondern auch den Wohnkanton trifft.
- 12 Zudem müssen die Preise der Spitäler neu die berufliche Aus- und Weiterbildung der nicht-universitären Berufe finanziell abdecken, was bis anhin durch Steuergelder der Kantone finanziert wurde. Mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems SwissDRG ab 1. Januar 2012 sind darüber hinaus Investitionskosten in der leistungsbezogenen Pauschale enthalten.
- 13 Neben diesen gesetzgeberischen Neuerungen sind nach Ansicht vieler befragter Experten parallele Entwicklungen zu beobachten, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung stehen, faktisch jedoch auf diese zurückwirken: Zu nennen sind demographische und epidemiologische Tendenzen, der steigende Anteil chronischer Erkrankungen, die vermehrte Polymorbidität, der beschleunigte technische Fortschritt und die Innovation in der Medizin, die Spezialisierung der ärztlichen, therapeutischen oder pflegerischen Leistungen, die knappen Personalressourcen, die Zentralisierung der (Grund-)Versorgung, die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit, der Wunsch nach massgeschneiderten Gesundheitsleistungen sowie die erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Patienten, die Chronifizierung gewisser Krankheiten wie bspw. Aids und damit einhergehend lebenslange therapeutische und medikamentöse Behandlungen. Genannt wurde auch ganz allgemein die Verknappung von finanziellen Ressourcen im Gesundheitsbereich, die Verlegung gewisser Behandlungen in den ambulanten Bereich aufgrund des technischen Fortschritts (minimalinvasive Eingriffe) und die steigende Qualitätsanforderungen des Patienten, des Auftraggebers, der Kantone und der Fachgesellschaften sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer.

¹⁸ Z.B. Eugster G. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Zürich 2010, 348 ff.

¹⁹ So der frühere Art. 49 Abs. 1 KVG.

²⁰ Art. 49a Abs. 2 KVG. Es handelt sich dabei um gebundene Kosten mit der Folge, dass Leistungsvereinbarungen über die Finanzierung von stationären Leistungen der OKP entfallen - d.h. die Kantone haben entsprechend keinen Spielraum mehr. Dazu auch Moser M. Analyse der rechtlichen Grundlagen der Spitalplanung gemäss revidiertem KVG (BG vom 21.12.2007), Bern 2010, 10.

²¹ Faktische Einschränkungen ergeben sich aus tariflichen Gründen, namentlich bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen, welche die Versicherten gegebenenfalls mit (ev. erheblichen) Differenzzahlungen belasten kann, wenn die ausserkantonale Baserate höher liegt als in einem Listenspital des Wohnkantons (vgl. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

- 14 Bei der Auswertung der Befragung ist deshalb stets zu berücksichtigen, dass sich verschiedene Entwicklungen überlagern können und Tendenzen, die sich aus der Einführung von SwissDRG ergeben, dadurch allenfalls verstärkt, abgeschwächt oder verlagert werden.

B. Wahrnehmung von Anreizen von SwissDRG

- 15 Ziel der Interviews war es unter anderem, mögliche Anreize in Zusammenhang mit der Anwendung von SwissDRG zu analysieren. Aus Expertensicht verändert das SwissDRG-System die Anreizstrukturen in verschiedener Hinsicht:

1. Dauer des Spitalaufenthalts

- 16 Der Hauptanreiz aus Sicht des Spitals besteht heute darin, "dass man den Patienten so früh - und nicht zu früh - wie möglich entlässt, bei stabiler oder guter Qualität könnte man sagen, so dass er nicht wieder eintritt" (Interview 12). "Die Spitäler versuchen eine Behandlung in dem in der Pauschale vorgesehenen Zeitraum mit einem angemessenen finanziellen Aufwand zu erbringen, während das bisherige Finanzierungssystem Anreize bot, die entsprechende Behandlung möglichst lange und mit möglichst hohem Aufwand zu erbringen" (Interview 11). Die Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer entspricht allerdings auch einem generellen Trend, der nicht allein auf die Einführung der Fallpauschalen zurückführen ist (Interview 3).

2. Ressourcen und Produktivität

- 17 Weiter stehen aus Expertensicht für die Spitäler nach Einführung der Fallpauschalen die Fragen des zu erwartenden Umsatzes sowie die dazu benötigten Ressourcen (Personal, Sachmittel usw.) im Zentrum: "Die Reaktionsgeschwindigkeit auf Veränderungen im Umsatz ist künftig ein ganz wesentlicher Wettbewerbsfaktor, also wie schnell kann ich meine Ressourcen an Veränderungen anpassen. Je schneller man ist, desto wettbewerbsfähiger wird man" (Interview 2).
- 18 Die meisten befragten Experten waren sich einig, dass ein zusätzlicher Anreiz in Zusammenhang mit der Anwendung der Fallpauschale in der Erhöhung der Produktivität liegt, d.h. die Menge an Patienten wird erhöht, um damit den tendenziell sinkenden Basispreis zu kompensieren. Die Anwendung der Fallpauschale setzt gemäss Experten auch unter einem anderen Aspekt einen Anreiz zu Mengenausweitung: "Spitäler, die unter SwissDRG gewisse Behandlungen nicht in genügender Menge und Qualität machen, können auch die wirtschaftliche Sicherstellung nicht garantieren, weil das Spital durch hohe Fixkosten brilliert und die Klinik diese hohen Fixkosten nur senken kann, wenn diese durch eine grosse Anzahl von Fällen dividiert werden können" (Interview 24).
- 19 Weiter besteht der Anreiz, den diagnostischen Aufwand, Radiologie oder Labor, zu reduzieren. Da es heute sehr einfach festzustellen ist, wie viel Labor oder Radiologie pro Kostenpunkt verbraucht wird und das zwischen den Spitälern verglichen wird, stellt dies ein Effizienzindikator dar. Einen weiteren Anreiz des neuen Finanzierungssystems sehen die Experten darin, dass die Spitäler heute echte Gewinne und Verluste machen können, wodurch ein Druck dahingehend entsteht, das Optimum und nicht das Maximum anzustreben, was sowohl das Kosten-Leistungsverhältnis als auch das Qualitäts-Kostenverhältnis verbessern kann (Interview 22).

3. Allgemeines Kostenbewusstsein

- 20 "Anreize bestehen natürlich auf Seiten der Leistungserbringer - weil wir die Kosten nicht mehr vergütet erhalten - Kosten zu minimieren, die mit dem Akutspitalaufenthalt einen Zusammenhang haben; d.h. aber auch, dass wir auch lernen müssen, mit dem medizinischen Grenznutzen umzugehen, was natürlich bis heute keine Selbstverständlichkeit war in der Medizin" (Interview 24).

- 21 Ein Anliegen besteht für einen Teil der Experten auch darin, den unterschiedlichen Wissensstand von Ärzteschaft, Pflege und Kodierung so in Übereinstimmung zu bringen, dass das Ergebnis aus finanzieller Sicht für das Spital möglichst optimal ist. Damit zusammenhängend komme dem Wissen über die Faktoren, die Einfluss auf das Kostengewicht haben, hohe Bedeutung zu: "Faktoren, welchen aus Sicht des Arztes keine grosse Bedeutung zukommt, können für die Pflege enormen Aufwand bedeuten - beispielsweise Mangelernährung oder Inkontinenz - und Einfluss auf das Kostengewicht haben" (Interview 2). Die Kodierabteilung kennt diese Zusammenhänge und es besteht ein Anreiz für die Spitäler, dieses Wissen in die einzelnen Abteilungen zu transferieren. Entsprechend gibt es Spitäler, welche zwecks Optimierung im Krankenhausinformationssystem (KIS) Listen eingeführt haben woraus ersichtlich ist, wo diese Faktoren einen Einfluss auf das Kostengewicht haben können. Die Pflege notiert das Wesentliche, der Arzt visiert es und der Kodierer erhält damit diese Informationen.
- 22 Die Anwendung der Fallpauschale setzt auch den finanziellen Anreiz, die Berechnungen genau zu analysieren um zu sehen, was wo wie viel kostet und wie sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis in den verschiedenen Patientenpfaden ambulant und stationär gestaltet. Diese Informationen werden den Ärzten zur Verfügung gestellt.

4. Fehlanreize zulasten vulnerabler Gruppen?

- 23 Die Kliniken sind darauf angewiesen, die Kosten, die für die notwendige Behandlung des Patienten im Spital angefallen sind, vergütet zu erhalten, was bspw. bei chronisch-kranken Patienten oftmals nicht der Fall ist, weil sie aus Sicht der Experten derzeit im Fallpauschalen-System nicht genügend abgebildet sind (Interview 6).
- 24 Um im DRG-System Geld zu verdienen, brauchen die Spitäler gemäss Experten junge Patienten, die komplexe Eingriffe benötigen, aber schnell gesund sind, was zum finanziellen Anreiz führt, sich auf dieses Patientengut zu konzentrieren. Und auf der anderen Seite besteht bei Behandlungen, die durch Fallpauschalen nicht oder schlecht abgegolten werden, das Risiko, dass die Spitäler diese einzig als Kostenfaktor sehen und entsprechend reduzieren (Interview 7). SwissDRG fördert nach der Ansicht einzelner Experten auch die Tendenz, mehr "Hightech" und weniger "Hightouch" Medizin zu machen, weil die "schneidenden Disziplinen" besser entschädigt werden als die pflege- und gesprächsintensiven Disziplinen. Das Fallpauschalen-System setzt namentlich auch einen Anreiz für die Selektion rentabler DRGs, d.h. eine Konzentration der Spitäler auf bestimmte DRGs, um daraus finanzielle Vorteile zu ziehen (Interview 33). Dies ist allerdings bei einem sehr umfangreichen bzw. klug formulierten Leistungsauftrag eines Spitals nur schwer möglich.
- 25 Gemäss einigen Experten besteht zudem der Anreiz, sich in der Behandlung auf jenes medizinische Problem zu beschränken, wofür der Patient in die Klinik eingetreten ist. Stellt der Arzt zusätzliche Diagnosen, wird der Patient zu einem späteren Zeitpunkt nochmals einbestellt. "Hier besteht die Gefahr, dass man den Patienten nicht mehr ganzheitlich betrachtet, sondern nur noch fokussiert behandelt. Das Problem, das wir haben, verschärft sich durch die Spezialisten. Jeder betrachtet nur sein Spezialgebiet und sieht die Gesamtheit nicht mehr, diese geht verloren" (Interview 32). Weiter kann unter SwissDRG ein Anreiz für Spitäler bestehen, die schwereren Fälle abzuschieben: "Es ist sicher auch so, dass ein Spital, das die Möglichkeit zur Verlegung hat, versucht sein könnte, unter DRG schwerere Fälle abzuschieben. Wenn das mehrere machen und dieser Effekt noch kombiniert ist mit gezielter, aber gut getarnter Risikoselektion durch die Versicherer, dann haben wir bestimmte Gruppen von Leuten, die ethisch nicht adäquat behandelt werden" (Interview 3).
- 26 Die Gefahr des Anreizes zur Patientenselektion wurde mehrfach im Zusammenhang mit dem Belegarztsystem und den Krankenversicherungen genannt. Nach Ansicht der Experten findet im Spital selbst keine Selektion statt, hingegen indirekt durch das Belegarztsystem, wo diese in der Praxis des Spezialisten stattfindet, weil der Belegarzt den Patienten problemlos steuern und bei aufwändigen Behandlungen woanders hinschicken kann. Aus Expertensicht kann Risikoselektion auch darin bestehen, den Zuweisern verstehen zu geben, welche Patientengruppen besser an einen anderen Arzt

verwiesen werden, um damit die Zuweisung insbesondere aufwändiger Patienten zu verhindern.

5. Behandlungs-, Struktur- und Prozessqualität

- 27 Neben den genannten finanziellen Anreizen bestehen auch solche betreffend die Behandlungs-, die Struktur- und die Prozessqualität. "Komplikationen innerhalb von einem Fall, die von einem Spital verursacht wurden, werden, wenn überhaupt, nur gering bezahlt und Wiederaufnahmen von 18 Tagen werden im gleichen Behandlungsfall zusammengeführt - der Anreiz des Spitals liegt also darin, möglichst wenig Komplikationen zu verursachen" (Interview 23).
- 28 Es besteht nach Meinung der Experten ferner der Anreiz, den Prozess von Eintritt bis Austritt sehr spezifisch nach ausgewählten DRGs - welche je nach Spital unterschiedlich sein können - zu verbessern. "Im konkreten Fall wird mit Prozessverbesserungen dort begonnen, wo dies am einfachsten möglich ist, nämlich bei den schneidenden Disziplinen und innerhalb der schneidenden vor allem in der Orthopädie" (Interview 3). Hier werden heute bei elektiven Eingriffen alle Vorabklärungen vor dem Eintritt durchgeführt und der Eintrittstag ist der Operationstag.
- 29 Weiter besteht in Zusammenhang mit der Anwendung der Fallpauschale ein Anreiz, die Behandlungspfade und die Patientenpfade beim stationären Aufenthalt zu optimieren. Dazu gehört aus Expertensicht vor allem auch eine Verbesserung der Schnittstellen. Namentlich erforderlich sind bessere Absprachen mit vor- und nachgelagerten Anbietern wie Hausärzten, Spitex-Anbietern, Heimen oder Rehabilitations-Einrichtungen. In diesem Zusammenhang stellt sich überdies für die Spitalverantwortlichen vermehrt die Frage, welche Aufgaben vorher und nachher ambulant gelöst werden können, d.h. was nicht während des Spitalaufenthalts gemacht werden muss. Sie beobachten nach der Einführung der Fallpauschalen eine verstärkte Zusammenarbeit unter den einzelnen Disziplinen (Multidisziplinarität), aber auch zwischen Pflege, Ärzteschaft und Verwaltung.
- 30 Viele Spitäler müssen sich heute überlegen, was sie anbieten wollen und ob sie über die entsprechenden Strukturen verfügen. Sie schaffen Schwerpunkte um festzulegen, wo sie stark werden wollen und wo sie investieren wollen, was von mehreren Experten als positiver Anreiz beurteilt wird, der auf die Fallpauschalen zurückzuführen ist.

6. Transparenz

- 31 Ein positiver Anreiz im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen besteht aus Expertensicht in der vermehrten Transparenz und Vergleichbarkeit (Benchmark) im Kerngeschäft. Es wird angeführt, dass früher vor allem von ärztlicher und teilweise auch von pflegerischer Seite die Vorgabe von Standards und eines Berufsethos bestand, hinter welchen sich die medizinischen Fachpersonen teilweise auch versteckten. Heute würden sie sich mehr hinterfragen, weil aus Messergebnissen ersichtlich sei, dass beispielsweise in einem anderen Spital die Aufenthaltsdauer oder die Behandlungskosten trotz vergleichbarer Ressourcen tiefer liegen (Interview 5). Die erhöhte Transparenz setze ausserdem den Anreiz, wieder vermehrt bewährte Produkte zu verwenden, was die Patientensicherheit erhöhe. Die Implantate-Hersteller bringen etwa gemäss Experten teilweise sehr neue, noch nicht fertig entwickelte Produkte auf den Markt, was dazu führen kann, dass fehlerhafte Produkte ersetzt werden müssen. Die Kosten dieser Re-Operation gehen dann zu Lasten der Sozialversicherungen (Interview 32).
- 32 Gemäss verschiedenen Experten kann mit der Einführung der Fallpauschalen der Anreiz bestehen, die ärztliche Ausbildungstätigkeit zu reduzieren, weil die Spitäler, welche keine Ausbildungsplätze anbieten, einen Vorteil im Kosten-Preis-Wettbewerb haben (Interview 2). Ein Belegarzspital beispielsweise, das ausschliesslich Fachärzte beschäftigt, kann effizienter arbeiten, weil an einem Tag mehr Eingriffe im OP durchgeführt werden als in einem Ausbildungsspital, das noch einen Assistenten oder

einen Oberarzt ausbilden muss. Durch die längeren Operationszeiten in einem Ausbildungsspital erhöhen sich auch die Kosten.

C. Begleitende Instrumente und deren Wirkung

- 33 Zusammenfassend erkennen die befragten Experten in Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG unterschiedliche Anreize, wobei ein Teil dieser Anreize auch zu Fehlanreizen, die zulasten bestimmter Patientengruppen gehen, führen könnten. Insbesondere im Hinblick auf die letzteren Aspekte fragt sich, ob und wie zwei vom Gesetzgeber vorgesehene Instrumente (Aufnahmepflicht, Schaffung der Leistungskategorie der Akut- und Übergangspflege) von den Experten wahrgenommen werden.

1. Aufnahmepflicht

a. Grundlagen und Bedeutung

- 34 Anlässlich der KVG-Revision 2007 (Spitalfinanzierung) verankerte der Bundesgesetzgeber in Art. 41a Abs. 1 KVG²² eine generelle Aufnahmepflicht für Listenspitäler. Bis dahin oblag es den Kantonen, ihre Listenspitäler im Rahmen der Leistungsaufträge zur Aufnahme von Patienten zu verpflichten. Die Botschaft des Bundesrats zur Spitalfinanzierung sah noch eine analoge Regelung vor.²³ Der Ständerat sprach sich jedoch gegen diesen Vorschlag aus und setzte sich damit schliesslich durch.²⁴ Die Verankerung der Aufnahmepflicht auf Bundesebene bringt insbesondere den gesetzgeberischen Willen zum Ausdruck, alle Listenspitäler stärker in die Pflicht zu nehmen, sämtliche versicherten Patienten mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals und unabhängig vom Versicherungsstatus aufzunehmen.²⁵
- 35 Die Verpflichtung der Listenspitäler, alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen, gilt im Rahmen des Leistungsauftrags und der Kapazität des Spitals.²⁶ Im Gegensatz zum Begriff "Kapazität" ist der Begriff "im Rahmen des Leistungsauftrags" klarer definiert und entsprechend überprüfbar.
- 36 Um zu verhindern, dass mit der Einführung von SwissDRG am 1. Januar 2012 versicherte Personen aufgrund einer unvorteilhaften Diagnose, die gegebenenfalls einen überlangen stationären Aufenthalt mit wirtschaftlich negativen Folgen für das Listenspital mit sich bringt, mit der Begründung fehlender Kapazität abgelehnt werden, ist es notwendig, ein Kontrollinstrument in Bezug auf die Kapazitätsfrage einzuführen. Die Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht obliegt gemäss Art. 41a Abs. 3 KVG den Kantonen. Im Auftrag der Gesundheitsdirektion betreibt beispielsweise die kantonale Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich seit 1. Januar 2012 eine Beschwerdestelle, bei welcher sich Zürcher Patienten beschweren können, wenn ihnen Listenspitäler die Aufnahme verweigern. Werden dem Kanton durch die versicherte Person oder die Krankenversicherung Verletzungen der gesetzlich verankerten Aufnahmepflicht gemeldet, prüft der Kanton eine Aufhebung oder Änderung des Leistungsauftrags.²⁷

22 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Januar 2009.

23 Vgl. BBl 2004 5551, 5575.

24 Die Bestimmung von Art. 41a KVG wurde erst im Differenzbereinigungsverfahren vom Ständerat in die Gesetzesvorlage aufgenommen und als Präzisierung in Zusammenhang mit der Einführung der freien Spitalwahl verstanden, vgl. AB 2007 S. 759 f.

25 Vgl. Eugster G. (Fn. 18), 284 f.

26 Art. 41a Abs. 1 KVG. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht gestützt auf Art. 41a Abs. 2 KVG nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Vgl. Eugster G. (Fn. 18), 285.

27 Der Kanton bzw. die Gesundheitsdirektion muss dem fehlbaren Spital indessen den Verstoss nachweisen, d.h. die Beweislast liegt bei den Kantonen.

- 37 Es stellt sich zudem die Frage, ob es zulässig ist, die Kapazitäten entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung nach Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG und einer Kapazität zur Aufnahme mit einem höheren Standard zu unterscheiden. Oder anders formuliert: Kann ein Spital die Aufnahme eines Patienten mit der Begründung verweigern, es seien keine Kapazitäten nach dem Standard der allgemeinen Abteilung verfügbar? Unseres Erachtens würde dies dem klaren Wortlaut der Gesetzesbestimmung von Art 41a Abs. 1 KVG widersprechen, wonach die Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten verpflichtet sind, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht). Ein solches Vorgehen würde nach unserer Ansicht für das Spital eine Änderung des Status vom Listenspital zum Vertragsspital bedeuten.
- 38 In Zusammenhang mit der in Art. 41a Abs. 1 KVG geregelten Aufnahmepflicht vertrat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in ihren Empfehlungen zur Spitalplanung²⁸ den Standpunkt, die Aufnahmepflicht für *ausschliesslich allgemein versicherte Patienten* könne im Leistungsauftrag eingeschränkt werden, sofern mindestens ein bestimmter Prozentsatz solcher Patienten aufgenommen werde. Diese Auffassung widerspricht allerdings dem Wortlaut von Art 41a Abs. 1 KVG. Sie kann - entgegen den Ausführungen der GDK in ihren Empfehlungen - auch nicht damit begründet werden, der BAG-Kommentar lasse eine Unterscheidung nach Versichertenstatus zu, weshalb Ausnahmen von der Aufnahmepflicht zulässig seien. Dem vollständigen Wortlaut des Kommentars lässt sich nämlich entnehmen, dass es sich bei den dort erwähnten Zusatzkosten um Kosten handelt, welche sich aus der eingeschränkten Vergütungspflicht nach Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG bei der Wahl eines ausserkantonalen Spitals ergeben können.²⁹ Daraus eine Ausnahme von der Aufnahmepflicht für "allgemein versicherte Patienten" ableiten zu wollen, widerspricht der Intention des Gesetzgebers und verletzt überdies den Gleichbehandlungsgrundsatz, soweit bestimmten Spitälern im Leistungsauftrag für ein festgelegtes Leistungsspektrum Ausnahmen von der Aufnahmepflicht eingeräumt würden. Im Übrigen kennt das KVG auch den Begriff des "allgemein versicherten Patienten"³⁰ nicht, sondern garantiert allen versicherten Personen die Vergütung der "obligatorisch versicherten Leistungen".

b. Sicht der Befragten

- 39 Aus Sicht der befragten Experten umfasst die gesetzlich neu geregelte Aufnahmepflicht die Aufnahme sämtlicher Patienten im Rahmen des Leistungsauftrags und der entsprechenden medizinischen Kompetenzen sowie Kapazitäten. Einzelne Spitäler erfassen systematisch, wie Patienten zugewiesen werden (über den Hausarzt, Selbsteinweisung oder Verlegung von einer anderen Klinik). Dies ermöglicht es, Tendenzen wie bspw. die Verlegung immer derselben Patientengruppe von immer demselben Spital zu erkennen.
- 40 Aus Sicht mehrerer Befragter ist von einer Unterscheidung zwischen Aufnahme- und Behandlungspflicht auszugehen, und zwar in dem Sinne, als nur Patienten aufgenommen werden sollen, die im jeweiligen Spital auch tatsächlich behandelt werden können. Es sei nicht zu tolerieren, dass gewisse Spitäler Patienten aufnehmen, weil sie dies als Listenspital gestützt auf die gesetzlich verankerte Aufnahmepflicht tun müssten, in der Folge die Patienten dann aber entweder gar nicht behandeln oder nur behandeln, solange sie "rentabel" sind (Interview 21). In diesem Zusammenhang hat die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ und die Chefärztesgesellschaft des Kantons Zürich gemeinsam das Meldeportal DRG-Incident Reporting System³¹

²⁸ Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007, verabschiedet am 14. Mai 2009, S. 8 f. Vgl. auch http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d_01.pdf.

²⁹ Vgl. BAG-Kommentar zu Art. 58b Abs. 2 und 3 KVV, S. 8.

³⁰ Verwendet wird nur der Begriff "Standard der allgemeinen Abteilung" (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

³¹ DRGIRS, vgl. www.agz.ch. Analog zu CIRS-Meldungen können der AGZ auf diese Weise

eingerrichtet, das als Beitrag zur Erfassung möglicher Kollateralprobleme der DRG und der neuen Spitalfinanzierung zu verstehen ist.

- 41 Ausnahmen von der Aufnahmepflicht bestehen gemäss allen Experten damit dort, wo das jeweilige Spital nicht über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügt (bspw. Herzchirurgie, Neurochirurgie, Transplantationen, Neonatologie, Verbrennungen). Keine Pflicht zur Aufnahme besteht nach Ansicht mehrerer Befragter auch dann, wenn keine Gefahr im Verzug ist, keine Dringlichkeit vorliegt und bekannt ist, dass jemand ein Selbstzahler ist (Interview 1). Ebenfalls keine Aufnahmepflicht bestehe bei elektiven Eingriffen, soweit keine Kostengutsprache der Krankenversicherung vorliege. Es kann zudem vorkommen, dass ein Patient sich nicht an die Regeln des Spitals hält, andere Patienten belästigt oder Vandalismus begeht. In diesen Fällen erfüllen die Kliniken lediglich ihre Notfallpflicht. Auch kann es sich ergeben, dass die Kliniken einen ausserkantonalen elektiven Patienten ablehnen müssen, weil sie vom entsprechenden Kanton keinen Leistungsauftrag für eine bestimmte Leistung haben. In diesem Fall müssen die Spitäler ein Kostengutsprachege such an den jeweiligen Kanton richten. Lehnt der zuständige Kantonsarzt das Gesuch ab, müssen die Spitäler den Patienten ablehnen bzw. weiterweisen (Interview 28).
- 42 Sämtliche Experten betonen, dass sie in ihren Spitälern in erster Linie Patienten behandeln wollen. Sie sind der Auffassung, dass ihr Handeln, wie bei jedem anderen Unternehmen, darauf abzielen müsse, noch mehr Patienten behandeln und zusätzliche Produkte anbieten zu können. Die Aufnahmepflicht ist aus ihrer Sicht kein "Muss", sondern insbesondere für die Spitaldirektoren und Experten der öffentlichen Spitäler eine Selbstverständlichkeit: es werden alle Patienten aufgenommen und dies 24 Stunden an sieben Wochentagen 365 Tage im Jahr. Dies sei schon vor Einführung von APDRG bzw. SwissDRG so gewesen und werde auch weiterhin so gehandhabt.
- 43 Vereinzelt wurde von den Befragten in Bezug auf die Aufnahmepflicht zwischen allgemein versicherten Patienten und halbprivat oder privat versicherten Patienten unterschieden, solange es sich um Patienten über Dringlichkeitsstufe drei handelt. Patienten, die unter Dringlichkeitsstufe drei sind, werden als instabil bezeichnet und müssen innerhalb der nächsten sechs Stunden operiert werden - in solchen Fällen sei es ethisch und ärztlich nicht mehr vernünftig, eine OKP-VVG Unterscheidung zu machen (Interview 12).
- 44 Jedes Spital hat Allgemeinbetten und VVG-Betten und die Verantwortlichen wissen gestützt auf Erfahrungswerte, wie viele zusatzversicherte Patienten zu ihnen kommen und wie viel Platz für OKP-Patienten noch zur Verfügung steht. Die Klinik plant also gewissermassen unterteilt in ein virtuelles OKP-Spital und ein virtuelles VVG-Spital. Falls das virtuelle OKP-Spital über die Notfallaufnahme überbucht wird, muss ein anderer Fall, ein elektiver Fall, abgelehnt werden, der gegebenenfalls zusatzversichert ist. Diesem wird dann ein Bett in einem der Vertragsspitäler angeboten.
- 45 Mehrfach wurde von verschiedenen Befragten die finanzielle Belastung der Spitäler durch die Notfallvorhalteleistungen betont, welche durch die Fallpauschale nicht abgedeckt seien. In einem pauschal definierten System bildet es einen Kostennachteil, wenn die Notfallvorhalteleistungen nicht separat vergütet werden. Eine Schenkelhalsfraktur, die in einer orthopädischen Klinik versorgt wird, wird beispielsweise genau gleich vergütet wie in einer Uniklinik oder in einem Zentrumsspital, die Kosten für die Notfallvorhaltung sind für die Uniklinik oder für ein Zentrumsspital indes deutlich höher als in orthopädischen Kliniken (Interview 23).

2. Akut- und Übergangspflege (AüP)

a. Grundlagen und Bedeutung

- 46 Die AüP wurde mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 eingeführt. Die Notwendigkeit der neuen Leistungskategorie AüP (Art. 25a Abs. 2 KVG) wurde damit begründet, dass mit der Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen (DRG) eine Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer einhergehe. Die Patienten sollten nicht zu einem Zeitpunkt entlassen werden, in welchem sie noch nicht in der Lage sind, ein selbstständiges Leben aufzunehmen, aber auch nicht der intensiven Pflege und Therapie einer speziellen Rehabilitation bedürfen.³²
- 47 Unter AüP ist eine maximal 14-tägige, ärztlich verordnete Pflege nach einem Spitalaufenthalt zu verstehen. Sie hat zum Ziel, die Patienten wieder in jenen Zustand zu versetzen, in dem sie sich vor seinem Spitalaufenthalt befunden haben. AüP wird nur verordnet, wenn keine längerfristige Rehabilitation in einer dafür vorgesehenen Einrichtung erforderlich ist. Dabei wird zwischen ambulanter und stationärer AüP unterschieden. Patienten, die sich vor dem Spitalaufenthalt in einem Heim aufgehalten haben, nehmen die stationäre Akut- und Übergangspflege in jenem Heim in Anspruch, in dem sie vor der Spitalbehandlung wohnhaft gewesen sind. Die übrigen Personen können die stationäre Akut- und Übergangspflege bei einem durch den Kanton bezeichneten Leistungserbringer beziehen. Die ambulante Akut- und Übergangspflege kann der Patient bei der Spitex Organisation bzw. selbstständig tätigen Pflegefachperson in seiner Region in Anspruch nehmen, soweit diese die Anforderungen als Leistungserbringer erfüllen.
- 48 Der Gesetzgeber wollte, dass die Leistungen der AüP während einer bestimmten Zeit vollständig von der Krankenversicherung und den Kantonen übernommen werden, und zwar nach dem gleichen Kostenverteilungsschlüssel wie die Spitalleistungen.³³ Die pflegebedürftige Person hat während dieser Zeit nur die ordentliche Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) zu bezahlen, nicht aber den Kostenanteil im Sinne von Art. 25a Absatz 5 KVG, wie er bei der Langzeitpflege geschuldet ist.
- 49 Zu den Leistungserbringern der AüP zählt die Verordnung die Pflegeheime, die Organisationen der Krankenpflege und die Pflegefachpersonen (Art. 7 Abs. 1 und 3 KLV^{34,35}). Dies schliesst aber nicht aus, dass die Leistungen auch in Spitälern erbracht werden können.³⁵ Nach Artikel 49 Absatz 4 KVG richtet sich die Kostenübernahme bei einem nicht medizinisch indizierten Aufenthalt im Spital allerdings nach den Vergütungen im Pflegeheim, d.h. die Aufenthalts- bzw. Hotellerie-Kosten können in diesem Fall nicht zulasten der Krankenversicherung abgerechnet werden. Im Kanton Solothurn bspw. wurde der Spitallandschaft Solothurn zwecks Organisation und Vollzug der AüP ein Leistungsauftrag erteilt.³⁶

³² Vgl. Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BB1 2005 2033). Eugster G. (Fn. 18), 165 f.; Padrutt Y. Die neue gesetzliche Regelung der Akut- und Übergangspflege, *hll* 2013 Nr. 80.

³³ Art. 25a Abs. 2 KVG hält dazu fest: "Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen".

³⁴ Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.11.31).

³⁵ Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.11.31).

³⁶ Mit Hinweis auf die Materialien Eugster G. (Fn. 18), 166; Padrutt Y. (Fn. 32), 28.

³⁷ Laut § 2 der Solothurner Verordnung über die Akut- und Übergangspflege (AüP) vom 29. Juni 2010 erteilt das Departement der Solothurner Spitäler AG einen Leistungsauftrag zur Organisation und zum Vollzug der Akut- und Übergangspflege. Die Solothurner Spitäler AG kann sodann einzelnen Leistungserbringern Leistungsaufträge zur Durchführung der Akut- und

b. Sicht der Befragten

- 50 Der Mehrheit der befragten Experten ist das Instrument der ÄuP grundsätzlich bekannt, es wird aber als noch nicht etabliert beurteilt. Den Befragten erscheint die ÄuP bei richtiger Anwendung durchaus sinnvoll; namentlich dann, wenn die Akutspitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist, der Patient noch nicht nach Hause zurückkehren kann und die Rehabilitation kein Thema ist (beispielsweise wenn der Patient an einer schweren Pneumonie leidet). In dieser Situation ist die ÄuP aus Expertensicht ein gutes Instrument, welches sich vor allem an Patienten in fortgeschrittenem Lebensalter richtet, weshalb die ÄuP teilweise bei Pflegezentren und/oder den Spitex Institutionen angegliedert wurde. Die Dauer von zwei Wochen beurteilen die Experten als zu kurz. Drei bis vier Wochen ÄuP wären aus ihrer Sicht sinnvoller (Interview 6).
- 51 Obwohl die Befragten die ÄuP unter einem DRG-System als sinnvolle Ergänzung sehen, wird mehrheitlich festgestellt, dass die vertraglichen Regelungen und Finanzierungsmöglichkeiten erweitert werden sollten, weil die Spitäler sonst aufgrund der schlechten Vergütung dieses Instrument gar nicht erst anbieten oder unterstützen: "Die ÄuP wie sie heute im Gesetz ist, ist weder Fisch noch Vogel und sie gibt so wenig Geld, dass wir sie gar nicht erst anbieten. Es ist keine gute Lösung" (Interview 17).
- 52 Einzelne Experten würden eine Schnittstellenoptimierung zwischen Spital, Rehabilitation und Spitex der Anwendung von ÄuP vorziehen. Einer der Gründe, weshalb die ÄuP zur Zeit so wenig verordnet wird, liegt aus Sicht der Experten darin, dass die Abrechnung bei den Patienten äusserst unbeliebt ist, weil ab dem Zeitpunkt, ab dem die ÄuP zur Anwendung kommt, die Patienten einen höheren Selbstanteil analog dem Pflegeheimtarif übernehmen müssen.
- 53 Für viele Experten ist die heutige Regelung der ÄuP im Spitalalltag deshalb nicht praktikabel, weil sie einen zu grossen Wechsel im Finanzierungssystem darstellt und eine zu hohe finanzielle Beteiligung des Patienten mit sich bringt. Aus Sicht der Experten verläuft der Trend ohnehin in die Richtung, dass die Spitäler, welche ÄuP-Strukturen eingeführt haben, diese auslagern und jene, welche noch keine eingeführt haben, auf die Einrichtung solcher verzichten werden, weil es sich nicht lohnt die ÄuP zu verschreiben. Die Spitäler erhalten lediglich den Pflegeheimtarif vergütet, benötigen aber die Spitalinfrastruktur, die teurer ist als in einem Heim. Dies führt dazu, dass sich für die Spitäler im Bereich ÄuP Defizite ergeben (Interview 21).
- 54 Aus Sicht mehrerer Experten besteht im Übrigen kein Interesse daran, vom Kanton zusätzliche Aufträge zu übernehmen, bei denen von Anfang an klar ist, dass sie defizitär sind. In einem Kanton wurde die Regelung der Akut- und Übergangspflege, die im KVG vorgesehen ist, in einem kantonalen Gesetz auf die über 65-Jährigen limitiert und der Kanton hat den Auftrag zur Durchführung von ÄuP exklusiv den Pflegeheimen übertragen (Interview 34). Eine solche Einschränkung der Altersgrenze entspricht allerdings nicht dem Willen des Bundesgesetzgebers, der die ÄuP als Instrument zur Abfederung allfälliger nachteiliger Folgen in Zusammenhang mit der Einführung von DRG vorgesehen hat.
- 55 Gewisse Spitäler verzichten bewusst auf die Einführung von ÄuP-Betten, weil sie damit aufwändige Diskussionen mit den Versicherungen, ab wann ein Patient, der stationär liegt, in eine andere Kategorie gehört, umgehen können (Interview 37).
- 56 Mehrere Experten zweifeln zudem daran, dass die ÄuP zu leisten vermag, was man sich von ihr versprochen hat. Sie bezweifeln auch, ob es in der Schweiz wirklich so viele Patienten gibt, die tatsächlich die Voraussetzungen erfüllen, die zur Verordnung von ÄuP erforderlich sind.

D. Diskussion der Ergebnisse

- 57 Der Diskussion der Ergebnisse ist nochmals vorzuschicken, dass diese lediglich eine Momentaufnahme aus dem ersten Jahr von SwissDRG darstellen und nur die Haltungen eines bestimmten Kreises von Expertinnen und Experten des Spitalbereichs ausdrücken. Diese Haltungen wiederum sind vor dem Hintergrund zu würdigen, dass noch kein vollständiges Budgetjahr im neuen System abgeschlossen war, die finanziellen Auswirkungen des Systemwechsels noch nicht voll durchschlagen und zudem die Baserates in vielen Fällen nur provisorisch festgelegt waren. Eine ähnliche Befragung des gleichen Personenkreises in einigen Jahren dürfte dementsprechend weitergehende Ergebnisse zutage fördern.
- 58 Mit diesen Vorbehalten lassen sich die Ergebnisse der Befragung aus der Einführungsphase von SwissDRG wie folgt zusammenfassen:
- Bei sämtlichen Befragten ist ein ausgeprägtes Bewusstsein feststellbar, dass der Wechsel des Finanzierungssystems und insbesondere auch die Einführung von SwissDRG die Anreizstrukturen in verschiedenen Bereichen verändert. Bislang können jedoch noch keine grundlegenden Haltungs- oder Verhaltensänderungen der befragten Verantwortungsträger konstatiert werden; es handelt sich eher noch um die Diskussion von Möglichkeiten und Perspektiven. Das Umdenken ist aber auf jeden Fall im Gang.
 - Die Veränderungen im Gesundheitswesen im Allgemeinen, insbesondere auch die Einführung von SwissDRG, schärft das Kostenbewusstsein bei den befragten Verantwortungsträgern erheblich. Generell rechnen sie mit einer weiteren Verkürzung der durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer, einer Optimierung der Prozessabläufe und einer Verbesserung bei der Überbrückung von Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern.
 - In verschiedenen Interviews wurde auch die Befürchtung geäußert, dass das SwissDRG-System, das grundsätzlich begrüßt wird, von einzelnen Leistungserbringern unterlaufen und der gewünschte Wettbewerb damit verzerrt werden könnte.
 - Die Problematik, dass der wirtschaftliche Druck insbesondere auf vulnerable Gruppen negative Auswirkungen haben könnte, ist allen Befragten bewusst. Massnahmen, die diesen Gefahren entgegenwirken, werden - zumindest im Grundsatz - begrüßt.
 - Die Aufnahmepflicht, die im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierungsvorlage eingeführt worden ist, wird grundsätzlich nicht als Problem verstanden. Wesentlich erscheint den Befragten allerdings, dass sich dieser Aufnahmepflicht nur auf Gebiete erstreckt, für welche die Spitäler auch über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügen. Vereinzelt wurden bereits Systeme geschaffen, um Missbräuche im Zusammenhang mit der Spitalaufnahme aufdecken zu können. Bislang scheinen sich jedoch keine massgeblichen Probleme im Zusammenhang mit der Spitalaufnahme ergeben zu haben.
 - Sehr skeptisch beurteilen die Befragten jedoch die Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege. Eine entsprechende Leistungskategorie, welche sich zwischen die durch SwissDRG induzierte frühere Entlassung aus dem Akutspital und die Reintegration in den früheren Alltag fügt, wird grundsätzlich begrüßt, die Praktikabilität der geltenden Regelung steht allerdings in Frage. Es lässt sich bereits jetzt sagen - was auch ein Blick in die bislang spärliche Umsetzung in den Kantonen bestätigt³⁷ -, dass die Akut- und Übergangspflege in der gegenwärtigen Ausgestaltung kaum nachhaltig Fuss fassen dürfte. Da die Leistungskategorie aber insbesondere für ältere Patienten und damit für eine der grössten vulnerablen Gruppen von Bedeutung ist, sollte gesetzgeberisch an einer Optimierung dieser Leistungen gearbeitet werden.

³⁷ Vgl. Padrutt Y. (Fn. 32), 43.



- 59 Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein Umdenken begonnen hat und wirtschaftliche Erwägungen innerhalb des Spitalbetriebs auch aufgrund der Einführung von SwissDRG eine noch wichtigere Rolle einnehmen.
- 60 Das Bewusstsein für die Problemstellungen, die sich für verschiedene Patientengruppen daraus ergeben könnten, ist vorhanden. Konkrete negative Auswirkungen von SwissDRG lassen sich allerdings bislang noch nicht feststellen.

Dr. iur. Agnes Leu arbeitet und forscht am Institute for Biomedical Ethics der Universität Basel.

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter ist u.a. Lehrstuhlinhaber am Rechtswissenschaftlichen Institut der Universität Zürich.

Prof. Dr med. dipl. theol. Bernice S. Elger arbeitet und forscht ebenfalls am Institute for Biomedical Ethics der Universität Basel.